

QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Ansprechpersonen Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Verzeichnis der eingegangenen Kurzstatements

Kurzstatements der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen und weiterer Organisationen

- § Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- § Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- § Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- § Maßgebliche Patientenorganisationen nach §140 f SGB V (PatV)
- § Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V. (Bündnis KJG)
- § Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- § Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- § Landesarbeitsgemeinschaft Bayern / Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (LAG Bayern / NRW)
- § Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LQMV)
- § Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung beim MD Baden-Württemberg (KCQ)
- § Qualitätsbüro Geschäftsstelle der LAG Saarland / Landesarbeitsgemeinschaft Saarland (LAG Saarland)

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.

Stellungnahme der DKG vom 04.11.2024 zum „QS-Verfahren Entlassmanagement – Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge“ (Stand 16.10.2024)

Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V

Das IQTIG führt das Beteiligungsverfahren in Form eines Teilnehmertage am 07. und 08.11.2024 durch. Den zur Teilnahme berechtigten Institutionen wurde die Möglichkeit zur Abgabe eines zusammenfassenden Statements (max. 1.800 Wörter) innerhalb von 13 Arbeitstagen bis zum 04.11.2024 gegeben. Eine tiefere Auseinandersetzung mit den umfangreichen Unterlagen des IQTIG ist unter diesen Voraussetzungen kaum umsetzbar, weshalb nur punktuell Bewertungen vorgenommen werden konnten. Damit wird der Sinn einer Beteiligung nach § 137a Absatz 7 SGB V teilweise verfehlt. Bei zukünftigen Beteiligungsverfahren sollte darauf geachtet werden, einen ausreichenden Zeitrahmen vorzusehen.

Allgemeine Anmerkungen

Der vorgelegte Bericht und die Anlagen sind gut strukturiert. Es ist zu begrüßen, dass es dem IQTIG gelungen ist, die vom G-BA per Beauftragung vom 06.12.2023 geforderte Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses umzusetzen. Insbesondere der innovative Vorschlag zum Einsatz des entwickelten „QS-Audit“ als zusätzliches Qualitätssicherungsinstrument wird positiv bewertet. Auch die Reduktion der Komplexität zur Fallauswahl ermöglicht einen pragmatischen und für die Anwender gut nachvollziehbaren Einsatz des Verfahrens. Der Bericht verweist an vielen Stellen auf den Anhang, in dem die Entwicklungsergebnisse ausführlich dargelegt werden. Hierbei vermischen wir an einigen Stellen den wissenschaftlichen Abwägungsprozess, der zu den Empfehlungen des IQTIG führte. Der Lösungsweg zwischen Problemstellung und Empfehlung des IQTIG verbleibt teilweise intransparent. Auch in diesem Bericht vertritt das IQTIG die Auffassung, dass mit den vorgelegten Empfehlungen eine Messung und Abbildung der Versorgungsqualität möglich sei. Diese Auffassung ist ohne wissenschaftliche Grundlage. Rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse können nicht automatisch ein Qualitätsdefizit darstellen, sondern müssen immer als Aufgreifkriterium betrachtet werden und zur Beurteilung durch ein Stellungnahmeverfahren unter Einbeziehung von Fachexperten überprüft/validiert werden.

Zu 3 Weiterentwicklung der Fallauslösung

Die vorgeschlagene Fallauslösung ohne Prognosemodell unter Einbezug von Diagnosen und Prozeduren, deren ICD- bzw. OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind und damit im KIS strukturiert und einheitlich enthalten sind, ist im Grundsatz zu begrüßen. Dieser Ansatz muss jedoch in der

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Erprobungsphase evaluiert werden, um zu prüfen, inwiefern anhand der ausgewählten Teilpopulation valide Aussagen über ein gesamtes Krankenhaus gemacht werden können. Unklar bleibt, wie abgewogen wurde, welche ICD bzw. OPS berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der eingeschlossenen Kriterien sehen wir Probleme beim Einbezug psychischer Erkrankungen. Hier wäre die Herleitung der Diagnosecodes interessant. In psychiatrischen Einrichtungen/Abteilungen bestehen noch keine Erfahrungen mit der datengestützten QS und entsprechender Softwareanwendungen. Die Einführung des QS-Verfahrens Schizophrenie steht bevor, welches ebenfalls eine Patientenbefragung vorsieht. Es besteht die Gefahr, mit der generischen Patientenbefragung zum Entlassmanagement in einen Versorgungsbereich mit speziellem Patientenkontext und spezifischen Entlassprozessen, die zum Teil von Entlassprozessen nach somatischer Behandlung abweichen, vorzudringen, und so hier die Akzeptanz der QS zu gefährden. Dem Verfahren QS Schizophrenie ist ausdrücklich der Vorzug zu gewähren. Nach der Einführung kann die Erweiterung zum Thema Entlassmanagement auf den psychiatrischen Bereich in Betracht gezogen werden. Das Szenario 6 wird abgelehnt.

Zu 5 Konzept des externen QS-Audits Entlassmanagement

Die innovativen Ideen zum externen QS-Audit werden ausdrücklich begrüßt. Der beschriebene Gesamtprozess ist gut durchdacht und im Grundsatz stimmig. Das Instrument erscheint gut geeignet, den Instrumentenkasten der externen QS zu erweitern. Anders als in der datengestützten QS üblich, kann über die nicht anlassbezogene Leistungserbringerauswahl effizienter auf die Versorgungsqualität von Einrichtungen entlang der gesamten Qualitätsverteilung förderlich eingewirkt werden, anstatt nur möglicherweise in ihrer Qualität auffällige Einrichtungen zu betrachten und diesen mit Sanktionen zu drohen. Allerdings dürfte die Konzeption als Instrument mit geringen Folgewirkungen der Erhöhung der Effizienz entgegenwirken. Der weitere Umgang mit den Ergebnissen und hierbei insbesondere die Überlegungen zur Veröffentlichung sollten daher überdacht werden. Über das Verfahren und die Ergebnisse sollte im Sinne der Vertrauensbildung gegenüber der Öffentlichkeit transparent und nachvollziehbar berichtet werden können. Vorteilhaft ist, dass mit diesem Instrument, anders als bisher in der datengestützten QS, die aktuelle Versorgungssituation ohne Zeitverzug betrachtet wird, die Leistungserbringer direkt Rückmeldungen erhalten und unmittelbar mit der Qualitätsverbesserung beginnen können.

Zu 6 Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach § 17 Teil 1 DeQS-RL

Patientenbefragung

Das IQTIG vertritt die Position, dass sich der Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL auf die durch den Indikator adressierte Behandlungs- bzw. Versorgungsleistung eines Leistungserbringers beschränkt und keine Verifizierung/Falsifizierung der Patientenperspektive stattfinden kann. Diese Sichtweise ist nicht korrekt, da eine Verifizierung/Falsifizierung des berechneten Qualitätsindikatorergebnisses immer Teil des Stellungnahmeverfahrens gemäß DeQS-RL sein muss. So ist der Prozess in der Richtlinie

angelegt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass besondere zu berücksichtigende Situationen vorliegen. Allerdings muss das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Patientenbefragung im Hinblick auf Maßnahmen/Handlungsanschlüsse anders gestaltet sein als im herkömmlichen Verfahren. Die Schlussfolgerung auf S. 47, dass eine rechnerische Auffälligkeit im Falle der Patientenbefragungen auch immer gleich einer qualitativen Auffälligkeit entspricht, ist wissenschaftlich nicht korrekt. Unklar bleibt, ab wann und in welchem Umfang es zu Maßnahmen kommen soll. Das Beispiel in Anhang D.1.3 legt nahe, dass bei jeder rechnerischen und nach Logik des IQTIG damit qualitativen Auffälligkeit Maßnahmen erfolgen sollen. Vor dem Hintergrund, dass dem G-BA noch keine Erfahrungen vorliegen, ist eine Bewertung dieses Prozesses nicht möglich. Alleine aus Ressourcengründen erscheint ein derartiges Vorgehen nicht möglich.

Krankenhäusern ist es ein wichtiges Anliegen, sich frühzeitig mit den Ergebnissen der Patientenbefragung auseinanderzusetzen. Die Vorlage der Ergebnisse erst mit den jährlichen Rückmeldeberichten im Folgejahr ist viel zu spät. Im Zweifel ergibt sich aufgrund von Unkenntnis auch im Folgejahr eine rechnerische Auffälligkeit. Anders als bei der fallbezogenen Dokumentation liegen keine Daten vor, die ein internes unterjähriges Monitoring ermöglichen. Es ist dringend erforderlich, dass über die quartalsweisen Zwischenberichte vorläufige Ergebnisse der Patientenbefragung berichtet werden.

Einrichtungsbefragung

Die Aussage, dass für die U-Kategorie prospektiv keine Gründe ersichtlich sind, die eine Einordnung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen, und der daher vorgenommene Ausschluss der U-Kategorie erscheint vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen mit der datengestützten QS zumindest perspektivisch nicht haltbar.

Die Erläuterungen zur Einführung einer neuen K-Kategorie sind zu oberflächlich, so dass keine Einschätzung abgegeben werden kann.

Zu 7 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation

S. 54: Es erschließt sich nicht, weshalb auch Patienten in die allgemeine Befragung zum Entlassmanagement einbezogen werden sollen, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben. Der weitere Umgang mit diesen Fällen wird nicht näher erläutert. Der Einbezug wird abgelehnt.

Die Annahme, dass eine monatliche Datenübermittlung im Vergleich zu einem quartalsweisen Export zu keinem wesentlichen Mehraufwand führen würde, ist falsch. Nach über einem Jahrzehnt datengestützter QS liegt auch beim IQTIG die Erkenntnis vor, dass jeglicher Datenübermittlungsprozess immer mit Aufwand verbunden ist und nicht durch einen einfachen Knopfdruck ausgeführt werden kann. Die Prozesse zur Falldokumentation müssen abgeschlossen sein und jede Datenübermittlung muss geloggt/dokumentiert werden, um unerwartet auftretende Probleme zu bearbeiten. Auch existieren temporäre Software-Probleme, für die u. a. Fehler in den Spezifikationen des IQTIG ursächlich sein können.

Zu Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

DF 8: *[Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden.]*
(und Anhang C.5 Nr. 2 und C.6 Nr. 2)

Bereits im Entwicklungsbericht zu Teil B (15.02.2023) wurden Expertenhinweise zitiert, dass der Entlassplan nicht als eigenständiges Dokument vorliegen müsse, da *die Informationen bezüglich erforderlicher bzw. bereits getroffener Maßnahmen ohnehin im KIS vorlägen. Außerdem würden sämtliche Eintragungen bzw. Änderungen im KIS-System patientenbezogen datumsgenau erfasst werden, weshalb die Anforderung einer Verlaufsdokumentation im Entlassplan obsolet sei.* Eine normative Vorgabe für ein eigenes Dokument besteht nicht. Den Anwendern ist bekannt, an welchen Stellen im System Informationen erfasst sind. Ein Zusammenführen in einem extra Dokument schafft unnötige Arbeitsaufwände.

DF 11, 12, 13: 14 Tage zur Übermittlung des Entlassbriefs
(und Anhang C.5 Nr. 5 und C.6 Nr. 5)

Bereits im Entwicklungsbericht zu Teil B (15.02.2023) wird dargelegt, weshalb eine Frist von 14 Tagen kaum einzuhalten ist. Gemäß Untersuchung des IQTIG ist in der Literatur belegt, dass die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sehr häufig deutlich länger als 14 Tage dauert. Auch die einbezogenen Experten äußern sich entsprechend. Verwunderlich ist, dass trotzdem diese Frist gesetzt wird. Krankenhäuser haben unter prozessualer Betrachtung häufig keinen Einfluss. Tumorboard-Entscheidungen und Befunde, z. B. aus Histologie, Genetik etc. liegen bekanntermaßen häufig erst nach mehreren Wochen vor. Auch können multiprofessionelle Besprechungen oder Konsil-Berichte ausstehen. Gleiches gilt bei multimorbiden Patienten, die während des Aufenthalts von mehreren Fachabteilungen und zu unterschiedlichen Krankheitsbildern behandelt wurden. Die Empfehlungen stimmen nicht mit dem Praxisgeschehen überein und können daher keine Umsetzung erfahren, zumal auch keine normativen Vorgaben für eine Frist existieren.

DF 21.x, 22.x: Mitarbeiterschulungen

Die Einschränkung auf im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiter mit vertraglich vereinbarter Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten ist nicht trennscharf. Beziehen sich die sechs Monate ebenfalls auf das Erfassungsjahr? Die Kriterien würde auch eine im Dezember des Erfassungsjahres neu, auf neun Monate befristet, angestellte Aushilfskraft erfüllen.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass diese Fragen bei Häusern der Maximalversorgung einen enormen bürokratischen Aufwand verursachen. Ein alternativer Erhebungsansatz wäre erstrebenswert.

Zu den Erhebungsinstrumenten und Indikatorensets

Patientenbefragung

Für acht von zwölf Qualitätsindikatoren wird der Referenzbereich auf >95 Punkte gelegt. Für den Start erscheint dies zu hoch. Der Umgang mit den Ergebnissen und die Angemessenheit der Referenzbereiche sollten nach Einführung des Verfahrens zunächst erprobt werden.

Die Patientenbefragung erscheint mit 23 Seiten zu lang. Es sind negative Effekte auf die Motivation und das Antwortverhalten der Patienten zu befürchten.

Frage 7 deckt den täglichen Versorgungsalltag nicht ab. Wie sollen Patienten per Ja/Nein antworten können, wenn es zu Verschiebungen des Entlasstermins im Zuge der Behandlung gekommen ist?

Frage 12: Die Bewertung zu WIDERSPRINFO ist vertauscht. Volle Punktzahl, wenn der Patient angibt, widersprüchliche Informationen erhalten zu haben.

Fragen 13ff.: Viele Kliniken nennen den Sozialdienst nicht mehr so. Die Mitarbeitenden werden z.B. „Entlassmanager“ genannt. Für Patienten/Vertrauenspersonen ist es schwer zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus zu unterscheiden. Häufig wird in allen nicht-ärztlichen Mitarbeitern die Pflege gesehen (ob Servicekraft, Logopäde, Verwaltungsangestellte ...).

Frage 19: Zu wenig konkret und zu individuell. Unklar, was aus der generischen Betrachtung abgeleitet werden kann.

Frage 22: Die suggestive Fragestellung kann zu Fehleinschätzungen führen. Ggf. war aus medizinischer Sicht keine Folgetherapie angezeigt. Dann braucht es auch keine Information hierzu.

Frage 27: Es fehlt eine neutrale Antwortoption, falls keine Mitgabe eines Rezepts notwendig war. Zudem ist die Ausstellung von Verordnungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement streng reglementiert und nur möglich *soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist*. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Patientenbefragung darf keine Erwartungshaltung bei Patienten suggestiv hervorrufen, die zu einer negativen Prozessbewertung führt. Analog für Frage 36.

Frage 33: Nicht alle Hilfsmittel sind im Krankenhaus verfügbar, diese können also auch nicht „ausprobiert“ werden. Die Bewertung im Indikatorenset S. 20 ist nicht korrekt. Die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ müsste mit „neutral“ belegt werden, nicht 0 Punkte.

Fragen 43/44: Zu berücksichtigen ist, dass der Medizinische Dienst eine Aufenthaltsverlängerung aufgrund ggf. aus Patientensicht noch nicht bereiter psychischer Verfassung nicht akzeptiert. Der Einfluss des Krankenhauses ist hier begrenzt.

Einrichtungsbefragung

Für den Qualitätsindikator zu den Schulungen empfiehlt das IQTIG einen Referenzbereich >95%. Insbesondere zum Verfahrensstart sollte der Referenzbereich niedriger angesetzt werden. Es benötigt Zeit, bis die neue Anforderung aus dem Verfahren die Strukturen durchsetzt.



Zusammenfassendes Statement des GKV-Spitzenverbandes vom 31.10.2024

IQTIG Bericht: Weiterentwicklung des Konzepts und der
Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
www.gkv-spitzenverband.de

Stellungnahme

Mit Beschluss vom 6. Dezember 2023 wurde das IQTIG beauftragt, das bestehende Konzept des neu einzuführenden sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement insbesondere mit dem Ziel der Aufwand-Nutzen Optimierung zu überarbeiten.

Zusammenfassende Beurteilung des GKV-Spitzenverbandes

- Die Vorgehensweise und Methodik werden nachvollziehbar beschrieben.
- Dem Ziel der Aufwands- und Komplexitätsreduktion wurde im Hinblick auf die Umstellung der fallbezogenen QS-Dokumentation auf eine Einrichtungsbefragung und auf das Modell zur Auslösung der Patientenbefragung entsprochen.
- Insbesondere werden zum einen die Überführung der bislang fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf die Einrichtungsbefragung und Patientenbefragung sehr positiv gewertet, zum anderen auch der Verzicht auf das vormals sehr komplexe Prognosemodell für umfassenden Bedarf an Entlassmanagement zugunsten der jetzt empfohlenen, auf fachlichen Kriterien basierenden Fallauslösung mit nachfolgender Stichprobenziehung. Jedoch sollte die Praktikabilität der Stichprobengröße von Szenario 6 im Hinblick auf die Versendestelle umfassender geprüft und dargelegt werden.
- Das Konzept des qualitativen Bewertungsverfahrens – im Bericht „QS-Audit“ genannt, wird in großen Teilen kritisch gesehen. Gut erscheinen die entwickelten Leitfäden, die hilfreich für eine umfassende und systematische Analyse der Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements sein können. Der Begrifflichkeit „QS-Audit“, den Empfehlungen zur Veröffentlichung bzw. Nicht-Veröffentlichung von Ergebnissen, der Stichprobenbildung, dem QM-Charakter, verbunden mit einer relativen Unverbindlichkeit bzw. Sanktionsfreiheit bei einem QS-Instrument des G-BA, kann jedoch nicht gefolgt werden. Der GKV-Spitzenverband legt hierzu Alternativvorschläge vor.

Detaillierte Einschätzung zu einzelnen Punkten

Fallauslösung

Für die Auslösung der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG ein Szenario, bei dem eine heterogene Patientengruppe und große Bandbreite an Krankenhäusern erfasst werden. In der Folge ist mit einer Fallzahl von knapp 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten von ca. 2.400 Krankenhäusern (Standorten?) zu rechnen, aus denen bei der Versendestelle eine leistungserbringerbezogene Stichprobe gezogen werden muss. Dies überschreitet die bisher in der Versendestelle verarbeitete Anzahl an Fällen bei weitem.

Es sollte für den Abschlussbericht genauer und auch gemeinsam mit der Versendestelle geprüft werden, wie diese Datensatzmengen, auch im Hinblick auf den Umgang mit der leistungserbringerbezogenen Stichprobenziehung mit Listenverfahren darstellbar sind.

Zumindest für den Verfahrensstart könnte auch, um Fehler durch die sehr hohen Datenmengen zu vermeiden, erwogen werden, die Fallübermittlung nach 200 Fällen pro LE zu stoppen und erst im nächsten Schritt (Erfassungsjahr) die reale Fallzahl anzustreben.

Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen

Das IQTIG empfiehlt zwei Konzepte zum Umgang mit den Ergebnissen aus der Patientenbefragung sowie der Einrichtungsbefragung. Die empfohlenen Konzepte, indikatorspezifische Leitfragen zur Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens usw. erscheinen prinzipiell gut ausgearbeitet und hilfreich. Dennoch ist die Aussage, die Konzepte orientierten sich an den derzeitigen Regelungen der DeQS-RL insofern nicht nachzuvollziehen, als die auf Seite 42 genannte Weiterentwicklungsbeauftragung zur qualitativen Bewertung ebenfalls vom IQTIG bearbeitet wird, so dass eine Rückkopplung mit dem aktuellen Stand der Entwicklung dort erwartet werden kann.

Bei dem Einstufungsschema zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung der Patientenbefragungsindikatoren bleibt zudem unklar, was das IQTIG unter einem „plausiblen Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Kategorien“ versteht, zudem erscheint die Unterscheidung von Beurteilung des Indikatorergebnisses und Beurteilung der „dahinterstehenden Versorgungsleistung“ theoretisch. Spätestens mit der sog. Praxisanalyse wird doch den hinter dem QI-Ergebnis stehenden Prozessen und Strukturen nachgegangen. Das IQTIG sollte zudem kritisch prüfen, ob nicht auch in der Patientenbefragung durch besondere Umstände ein Ergebnis „qualitativ unauffällig“ denkbar ist.

Berücksichtigung der Einwilligung der Patienten in das Entlassmanagement

Vorgestellt werden vom IQTIG drei Varianten, wobei das IQTIG zumindest für den Start des Verfahrens die erste Variante empfiehlt: keine Berücksichtigung des Einwilligungsstatus der Patientin oder des Patienten, dafür sollen entsprechende Anpassungen in der Auswertung erfolgen.

Im Interesse eines zügigen Verfahrensstarts erscheint das nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband geht allerdings auch davon aus, dass die Information zum Einwilligungsstatus des Patienten bereits einheitlich strukturiert und zum Zeitpunkt der Entlassung digital vorliegt. Daher wird das IQTIG gebeten, die Machbarkeit der Umsetzung des Einwilligungsstatus als Ein- und Ausschlusskriterium im QS-Filter, also Variante 3, zeitnah zu prüfen.

Berücksichtigung der „Übergangspflege“

Die Übergangspflege wurde 2021 eingeführt. Im vorliegenden Bericht wird sie kurz bei den Auslösekriterien und im Indikatorenset genannt. Der GKV-Spitzenverband bittet darum, im Abschlussbericht etwas ausführlicher darauf einzugehen, wie diese neue Leistung im Verfahren QS Entlassmanagement berücksichtigt wird.

Konzept des externen „QS-Audits“ Entlassmanagement

Dem Konzept des IQTIG nach ist das „QS-Audit“ ein eigenständiges QS-Instrument, neben bzw. zu unterscheiden von der indikatorgestützten Qualitätsmessung. Ziel des „QS-Audits“ ist daher auch nicht, rechnerische QI-Ergebnisse zu validieren oder zu analysieren (diese Aufgabe hat das Stellungnahmeverfahren mit qualitativer Bewertung nach § 17 DeQS-RL Teil 1). Vielmehr soll bei einer Zufallsstichprobe von 10% der LE pro Jahr – unter Ausschluss der LE in einem Stellungnahmeverfahren – eine fallübergreifende Dokumenten- und Prozessprüfung unter Nutzung eines Leitfadens durch eine Expertengruppe (Fachkommission) vor Ort durchgeführt werden. Dabei wird auf die Identifikation von Verbesserungspotenzialen mit Vereinbarung von entsprechenden Maßnahmen einerseits, und/oder die Identifikation von Best-Practice-Beispielen andererseits abgezielt. Zu den Ergebnissen des „QS-Audits“ erhalten die LE einen Ergebnisbericht von der LAG, ferner sollten die Ergebnisse aggregiert in Bundesauswertung und BQB veröffentlicht werden, wobei die LAGen jeweils die qualitativen Ergebnisteile sinnvoll zusammenfassen sollen (S. 37). Eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung soll nur dann (im Qualitätsbericht) erfolgen, wenn der LE dem „QS-Audit“ nicht zugestimmt hat (S. 38). Begründet wird dies damit, dass durch die Sanktionsfreiheit und den „Peer-Review-Charakter“ des Verfahrens eine offene, zielführende Atmosphäre – im Kontrast zu Abwehrhaltung und sozialer Erwünschtheit – hergestellt werden könne (S. 38). Patienten könnten aus den Ergebnissen ohnehin keine eindeutigen Schlussfolgerungen zur Qualität des Entlassmanagements ziehen (ebd.).

Bewertung:

- Entsprechend dem Auftrag ist ein qualitatives Bewertungsverfahren zu entwickeln. Zwar sind die Überlegungen des IQTIG „best practice“-Beispiele zu identifizieren und publik zu machen sowie Verbesserungspotenziale systematisch abzuleiten und nachzuhalten, positiv zu bewerten, im Vordergrund steht für den GKV-Spitzenverband jedoch die nicht vollständige Erfüllung des Auftrags und Beachtung der normativen Ziele der gesetzlichen QS:
 - o ein solches Bewertungsverfahren muss zu einem abschließenden Ergebnis kommen, das veröffentlicht werden kann und es Patienten ermöglicht zu erkennen, in welchen Krankenhäusern das Entlassmanagement gut funktioniert und in welchen nicht.
 - o Die gesetzliche QS mit der DeQS-RL sieht vor, dass bei Qualitätsdefiziten, anhaltenden Mängeln oder fehlender Kooperation verbindliche Maßnahmen festgelegt werden und durchgesetzt werden können. Dies gilt auch für ein qualitatives Verfahren.
 - o In der jetzigen Ausrichtung des qualitativen Bewertungsverfahrens des Entlassmanagements erscheint dieses Instrument daher nicht für die Qualitätssicherung des G-BA geeignet.
- Im gesetzlichen und normativen Umfeld der DeQS RL erscheint der aus dem QM-Umfeld stammende Begriff „QS-Audit“ ungeeignet und irreführend, da ein Audit zu den Konzepten aus dem klassischen Qualitätsmanagement (z.B. ISO 9001), zu Zertifizierungsprogrammen und allen Arten freiwilligen „Peer Review“-Verfahren zählt, die keinesfalls mit den QS-Verfahren und Maßnahmen vermischt werden sollten. Es bedarf daher unbedingt eines anderen Begriffs für diese „Qualitativen Qualitätsprüfungen“ im Rahmen der gesetzlichen QS des G-BA.
- Auch die Argumentation zur Transparenz bzw. Nichtveröffentlichung (S. 38) ist nicht nachvollziehbar. Allein dieser Satz zu den für Patienten nicht möglichen Schlussfolgerungen zeigt die Problematik des vom IQTIG erarbeiteten Konzepts ganz offensichtlich. Prinzipiell ist Transparenz über QS-Ergebnisse für die Öffentlichkeit herzustellen, und die Darstellung sollte

so erfolgen, dass die Nutzer Schlussfolgerungen ziehen und Wahlentscheidungen treffen können. Veröffentlichungsfähigkeit ist expliziter Teil des Auftrags. Das IQTIG sollte hierzu dementsprechend ein Konzept entwickeln. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands sind die QS-Instrumente nicht geeignet, wenn aus den Ergebnissen keine Schlussfolgerungen über die Qualität des Entlassmanagements gezogen werden können.

- Der Aufwand erscheint in der Summe sehr hoch (s.a. S. 40 im Bericht). Es wird ein Ressourcen-Aufwuchs bei den LAGen empfohlen und zusätzliche Fachkommissionen, und pro „Audit“ mehrere Arbeitstage pro Geschäftsstelle und pro Experten kalkuliert. Auch die Kommunikation zwischen LAG und LE erscheint sehr aufwändig, hinzu kommen die Berichtspflichten der LAG gegenüber dem IQTIG, die ebenfalls umfassend sind und zudem eine Art qualitative Inhaltsanalyse und Zusammenfassung der QS-Audit-Ergebnisse implizieren – an und für sich schon eine herausfordernde Aufgabe.

In der Gesamtbetrachtung der Vorschläge zum „QS-Audit“ kommt der GKV-Spitzenverband daher zu folgender Bewertung: Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des „QS-Audits“ wird bedingt durch hohe Dokumentations- und Personalaufwände auf der einen Seite, bei gleichzeitiger Ineffizienz bzw. Ungezieltheit (Stichprobenempfehlungen mit Ausschlusskriterien, 10-Jahres-Turnus) des Vorgehens, als ungünstig angesehen. Zudem werden wesentliche Anforderungen des Auftrags und der normativen Grundlagen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt (LE-bezogene Veröffentlichung/Transparenz über die Prüfergebnisse, Bewertung und klares Qualitätsurteil, Verbindlichkeit bzw. Handlungsanschlüsse von QS-Maßnahmen gemäß der DeQS-RL). Zudem erscheinen inhaltliche Überschneidungen hinsichtlich der Qualitätsmerkmale und der zu analysierenden Strukturen, Prozesse und Verbesserungspotenziale unvermeidlich, auch wenn das IQTIG hier eine Trennung versucht. Insgesamt ist daher die Argumentation für ein eigenständiges Instruments als parallele Schiene zu dem indikatorbasierten Verfahrensteil weder inhaltlich noch vom Aufwand-Nutzen-Verhältnis überzeugend.

Der GKV-Spitzenverband schlägt daher als Alternative vor:

- Indikatoren aus dem datenbasierten Teil des Verfahrens sollten im Sinne von Hinweisgebern Auslöser für eine vertiefte Analyse des Entlassmanagements auf „Aktenbasis“ („Dokumentenanalyse“) sein. Ziel der Entwicklung eines qualitativen Prüfverfahrens mit Patientenakten war es, die Aufwände für eine flächendeckende fallbezogene QS-Dokumentation zu vermeiden und stattdessen für die qualitative Analyse eine Auswahl von Fällen die Daten zu nutzen, die im Krankenhaus routinemäßig erfasst werden.
- Denkbar ist es, die Dokumentenanalyse (10-15 Patientenfälle, zufällig gewählt) daher als optionales, ergänzendes Modul in die qualitative Bewertung/das Stellungnahmeverfahren zu integrieren. Grund hierfür ist auch, dass die Abgrenzung der Prozessanalyse von dem, was in einem Stellungnahmeverfahren mit Begehung getan wird, nicht klar erscheint. Insofern ist die Prozessanalyse ggf. auch als Anleitung zu einer Begehung aufzufassen.
- Der Einsatz der Dokumentenanalyse könnte z.B. dann angezeigt sein, wenn Patientenbefragung und Einrichtungsbefragung unterschiedliche Ergebnisse aufweisen, oder wenn ein schriftliches Stellungnahmeverfahren keinen Aufschluss über die Ursachen der Indikatorergebnisse geben konnte (evt. bei der Patientenbefragung, Kategorie K?), oder wenn andere Umstände eine vertiefte Analyse mittels Patientenakten angezeigt erscheinen lassen (z.B. Ergebnisse knapp im Referenzbereich, schwankende Ergebnisse, große Unterschiede zwischen den QIs, besonders

gute Ergebnisse („best practice“). Eine Kombination aus Zufalls- und anlassbezogener Auswahl kann ebenfalls erwogen werden.

- Insgesamt sieht der GKV-Spitzenverband diese qualitative Qualitätsprüfung bzw. Dokumentenanalyse als ergänzenden, optionalen Bestandteil der qualitativen Bewertung nach § 17.

Am Ende der Qualitätsbewertung muss ein Ergebnis zur Qualität des Entlassmanagements eines LE vorliegen, das für v.a. qualitätsfördernde Maßnahmen gemäß DeQS-RL und zur Veröffentlichung genutzt werden kann, so dass Patientinnen und Patienten diese Informationen für Wahlentscheidungen heranziehen können.

Eine Umsetzung des in der jetzigen Form vom IQTIG vorgelegten „QS-Audit“ wird von Seiten des GKV-Spitzenverbandes als nicht für die gesetzliche QS des G-BA nutzbar eingeschätzt. Eine Anpassung des Konzepts erscheint notwendig.

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS- Verfahren Entlassmanagement vom 16.10.2024

Das IQTIG wurde am 6. Dezember 2023 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement (G-BA 2023) beauftragt.

Beratungsunterlagen für den Beteiligungsworkshop

Das IQTIG verfolgt mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement das Ziel, ein eigenständiges Instrument einzusetzen, dass mittels Indikatoren der QS-Dokumentation und Patientenbefragung zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen und der Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung zum Entlassmanagement beiträgt. Hierzu wurden Kriterien für eine Fallauslösung definiert; fallbezogene Indikatoren wurden in einrichtungsbezogene Indikatoren bzw. die Patientenbefragung überführt, sodass auf eine fallbezogene QS-Dokumentation verzichtet werden kann; ein Konzept für ein externes QS-Audit als neues eigenständiges Instrument wurde entwickelt und ein Konzept für eine einheitliche Durchführung des Stellungnahmeverfahrens über die Landesarbeitsgemeinschaften hinweg wurde erarbeitet. Es wird empfohlen, die Patientenbefragung gemeinsam mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu starten und dafür auf eine Machbarkeitsprüfung der beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren zu verzichten.

Das methodische Vorgehen ist insgesamt nachvollziehbar, jedoch in Teilen knapp beschrieben. Weitere Angaben von Literaturquellen wären für die Beurteilung hilfreich, insbesondere im Teil 2.1 Weiterentwicklung der Fallauslösung (Abbildung 1: Übersicht der Entwicklungsschritte zur Weiterentwicklung der Fallauslösung). Die Weiterentwicklung der Fallauslösung ist ebenfalls nachvollziehbar. Unklar ist jedoch, warum neben dem Einschluss auf der Basis der Faktoren „Pflegegrad“, „hoher pflegerischer Aufwand“ (inklusive Transplantationen), „Operationen“ und „psychische Erkrankungen“, hingegen kognitive Erkrankungen bei Erwachsenen im Hinblick auf eine Gefährdung in einer Übergabesituationen ausgeschlossen werden. Siehe: Schumacher-Schönert, F., Wucherer, D., Nikelski, A., Kreisel, S., Vollmar, H. C., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2021). Discharge management in German hospitals for cognitively impaired, older people—a scoping review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-9. Der Ausschluss kognitiver Erkrankungen im Falle von Kindern (siehe Anhang) ist nachvollziehbar.

Zudem wäre die Auswahl des Pflegegrads genauer zu begründen („Pflegegrad (z. B. Pflegegrad III, IV oder V sowie erfolgter Antrag hoher pflegerischer Aufwand“ Seite 13), da ein Pflegegrad 2 bereits eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit bedeuten kann, bei der die Selbständigkeit durch körperliche oder geistige Einschränkungen bereits deutlich verringert sein kann. Die Anzahl derer ist zudem als hoch einzuschätzen: Siehe hierzu auch: Barmer. Pflegereport 2023. In: <https://www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reporte/pflegereport> Abruf 23.10.2024

Im Hinblick auf die Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wäre zu klären, nach welchen Kriterien die Erhebungszeitpunkte bestimmt wurden und auf welcher Evidenzgrundlage die Indikatoren ausgewählt wurden. Insgesamt wird die Ausgewogenheit über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität begrüßt.

Beim Konzept des externen QS-Audits Entlassmanagement ist nachvollziehbar, dass die Standorte auf Grundlage einer Dokumentationspflicht des Vorjahres in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens zufällig ausgewählt werden. Eine Stichprobe von 10%

erscheint uns jedoch zu gering, um das Ziel der Qualitätsförderung im derzeit dynamischen Markt der Krankenhausversorgung zu erreichen. Daneben ist die nur im Falle der „Verweigerung“ angedachte Leistungserbringer-bezogene Veröffentlichung der Audit-Ergebnisse zu überdenken. Wenn Qualitätsförderung durch die Publikation von Qualitätsüberprüfungen erzielt werden soll, dann gehen andere Länder wesentlich proaktiver mit den Prüfergebnissen um: so finden bei der englischen Care Quality Commission die detaillierten Audit-Ergebnisse pro Leistungserbringer und in den US-CMS star ratings gehen Ergebnisse der Patientenerfahrungsbefragungen (auch zum Entlassungsmanagement) und der als Hinweis auf potenzielle Probleme der Entlassung genutzte Indikator „kurzfristige Wiedereinweisung“ als Indikatoren in die öffentliche Berichterstattung ein. Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgungsforschung sollte die Erkenntnis berücksichtigt werden, dass das alleinige „Audit and Feedback“ nur geringe Effekte vorweist (s. Cochrane review).

Weitere Anmerkung: Seitens des IQTIG ist das Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentationen gesetzlich zu regeln. Wie soll was genau geregelt werden? Braucht es hierzu nicht eine vollumfängliche Lösung, die über das Entlassmanagement hinaus geht? Das externe QS-Audit ist standardisiert und nachvollziehbar.

Im Rahmen der Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation wird auf eine Machbarkeitsprüfung begründet verzichtet. Dennoch wäre eine begleitende Evaluation zu empfehlen sowie ein Pre-test der Befragung mit der Zielgruppe.

Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung

Das Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung umfasst 12 Indikatoren aus 9 Bereichen verschiedener Qualitätsaspekte. Bei allen Indikatoren wäre die genaue Evidenzgrundlage auszuweisen, wie dies auch Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation ausgeführt ist. Weitere Anmerkungen folgen unten.

Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation

Keine Anmerkungen

Befragung zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus sowie Befragung von Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren ist nachvollziehbar (siehe Anhang). Jedoch fehlt zu Beurteilung der Fragen aus dem Fragebogen eine Unterstützung, die es erlaubt, die Fragebogenitems mit den zuvor definierten Qualitätsmerkmalen und deren Evidenz zu verknüpfen.

Auffallend ist bei beiden Fragebögen, dass den Teilnehmenden keine Möglichkeit des Freitextes gegeben ist. Dies ist jedoch ggf. relevant um Problematiken zu identifizieren, die bisher nicht bekannt sind. Grundsätzlich sollte überlegt werden, ob der Fragebogen nicht zusätzlich digital zur Verfügung gestellt werden könnte.

Weiterhin ist anzumerken, dass bei der Befragung die Chance verspielt wird, Patientenerfahrungen zu sicherheitsrelevanten Ereignissen (PSI) im Zusammenhang mit der Entlassung zu erfragen. Hat es also bei der Weiterbehandlung PSI gegeben, die aus Sicht der Patient:innen auf eine unsachgemäße Entlassung zurückgeführt werden könnten? Hierzu sollten weitere Überlegungen stattfinden.

Anhang zu den Beratungsunterlagen für das Beteiligungsverfahren

Die Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien ist nachvollziehbar. Entsprechende Anmerkungen (siehe oben). Die Ableitung der Qualitätsmerkmale entlang der Prüfschritte ist

ebenfalls nachvollziehbar. Entlassmanagement bedeutet jedoch auch immer eine Übergabesituation, die die Aufnahme in das Setting berücksichtigt. Hier ist als Qualitätsmerkmal ausschließlich die „Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs“ adressiert. Im Hinblick auf die Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen unterscheiden sich einzelne Fragen vom üblichen Duktus der eher offenen Fragen, z.B. „Sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse gänzlich nicht festgelegt oder nur für einzelne Teilprozesse?“ Hier wäre ggf. zu formulieren: „Inwiefern sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse festgelegt?“ Weitere Anmerkungen zum Anhang wurden in den obigen Abschnitten der Berichte eingebunden.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der AG Qualitäts – und Patientensicherheitsforschung erarbeitet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Prof. Dr. Silke Kuske (AG Sprecherin)

Prof. Dr. Max Geraedts (AG Sprecher)

c/o DNVF-Geschäftsstelle

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Tel.: 030 1388 7070

Beteiligungsworkshop zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens
Entlassmanagement am 07.11.2024 im IQTiG

Kurzstatement PatV

Vorbemerkung: Ein ausführliches schriftliches Statement im Vorfeld des Beteiligungs-Workshops war wegen der kurzen vorgegebenen Frist innerhalb der maßgeblichen Patientenorganisationen nicht abstimmbar. Deshalb erfolgt dieses Kurzstatement im Nachgang als Ergänzung / Verschriftlichung zu den Vor-Ort mündlich vorgebrachten Statements der beiden anwesenden PatV.

- o Die Vorschläge des IQTiG für ein (ergänzendes) sog „externes Audit“ entsprechen gemäß Verständnis der PatV nicht der Beauftragung durch den G-BA. Die PatV lehnt dieses vollständig neu vom IQTiG vorgeschlagene Instrument neben dieser formalen Begründung außerdem auch aus inhaltlichen Gründen ab, weil es den zentralen Zielen der DeQS-RL (Transparenz und Einrichtungsvergleich mit dem Ziel der Unterstützung bei der Leistungserbringerauswahl) nicht gerecht wird. Stattdessen würden erhebliche Ressourcen aus dem Bereich der externen datengestützten QS zum Zweck eines internen Qualitätsmanagements abgezogen und damit zweckentfremdet.
- o Gemäß Auftragsverständnis der PatV sollte das IQTiG jedoch sehr wohl Vorschläge für eine vertiefte qualitative Ursachenanalyse bei rechnerischen Auffälligkeiten im QS-Verfahren Entlassmanagement entwickeln, die sich aber im Rahmen der DeQs-RL und der dort vorgesehenen Prozesse und Maßnahmenmöglichkeiten umsetzen lassen und welche die möglichst zeitnahe einrichtungsbezogene Ergebnisdarstellung zum Ziel haben. Das IQTiG wird gebeten, seine teils elaborierten Vorschläge für eine vertiefte Ursachenanalyse im Rahmen des von ihm vorgeschlagenen „externen Audits“ den Rahmenbedingungen der DeQS-RL anzupassen bzw. sie entsprechend weiterzuentwickeln.
- o Das IQTiG begründet seinen Vorschlag für ein von allen in der datengestützten externen QS etablierten unabhängigen Instrument eines „externes Audit“ auch damit, dass nur so neben Defiziten auch „best practice“ erhoben und belohnt werden könne. Im Gegensatz zu dieser Auffassung hat die PatV dem IQTiG bereits mehrfach vorgeschlagen, bei der Einrichtungsbefragung z.B. die Nutzung eines „*Patientenverständlichen Entlassbriefes*“ gemäß der Umsetzungsempfehlung aus dem Innovationsprojekt „PASTA“ zu erheben und als Qualitätsmerkmal zu veröffentlichen. Dies wäre für die Einrichtungen ein echter Anreiz zur Umsetzung der G-BA-Empfehlung und für PatientInnen und Einweisende ein relevantes Kriterium für die Einrichtungsauswahl.
- o Die beiden gemäß Beauftragung verbleibenden Datenquellen „Einrichtungsbefragung“ und „Patientenbefragung“ hätten gemäß Auftragsverständnis der PatV im Sinne einer integrierten Verfahrensentwicklung gleichwertig und gemäß ihrer jeweils spezifischen Aussagekraft komplementär berücksichtigt werden sollen. Dies

bedeutet auch, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse aus beiden Datenquellen Auslöser einer vertieften qualitativen Analyse im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL sein sollen, unter Einsichtnahme in Strukturen und Prozesse der jeweiligen Einrichtung, z.B. im Rahmen von Begehungen. In einem solchen integrierten Entwicklungsprozess hätten gemäß diesem Verständnis außerdem verfahrensspezifisch sowohl einheitliche Kriterien zur Auslösung von Stellungnahmeverfahren vorgelegt werden sollen wie auch Kriterien für die Bewertung im Stellungnahmeverfahren und für die aus den Ergebnissen abzuleitenden Handlungsanschlüsse / Maßnahmen. Das ist bisher nicht erfolgt und sollte vom IQTiG nachgeholt werden. Der Verweis auf ausstehende andere Beauftragungen enthebt das IQTiG nicht von der Aufgabe, dazu bereits jetzt verfahrensspezifische Vorschläge zu machen, die mit den Entwicklungsteams anderer laufender Beauftragungen abzustimmen sind.

o Bereits bei Beauftragung zur Verfahrensweiterentwicklung auf Basis der verbleibenden beiden Datenquellen hätte aus Sicht der PatV das IQTiG - neben der Überführung von Qualitätsmerkmalen aus der fallbezogenen in die einrichtungsbezogene Erhebung - gleichzeitig auch die Überführung der zuvor als relevant identifizierten Merkmale aus der fallbezogenen Erhebung in die Patientenbefragung vornehmen müssen. Die ist bisher nicht erfolgt und sollte nachgeholt werden, damit keine relevanten Inhalte (wie z.B. die Mitgabe des Medikationsplans) verloren gehen.

Anmerkung: Insgesamt muss aus Sicht der PatV das IQTiG deutlich flexibler werden bei der regelmäßigen Verfahrenspflege auch seiner Befragungsinstrumente. Dies ist z.B. aktuell bereits bei PPCI dringend notwendig, um die Items zur Indikationsstellung dem aktuellen medizinischen Fortschritt (nichtinvasive Koronardiagnostik) anzupassen. Geschieht das nicht zeitnah, so wird das Instrument der Patientenbefragung in seiner Aussagekraft beschädigt, weil dann mit seinem Einsatz weder Qualitätsdefizite identifiziert noch Qualitätsförderung betrieben werden kann. Der gesamte Erhebungsaufwand würde damit nutzlos. Das IQTiG wird dringend gebeten, hierfür Lösungsvorschläge in seinem Methodenpapier zu machen. Dazu gehört aus Sicht der PatV auch, dass das IQTiG nicht sämtliche Befragungs-Items in einem langwierigen Prozess vom Grund auf selbst entwickelt, sondern – wie vom Gesetzgeber vorgegeben - systematisch auch auf bereits entwickelte Items zurückgreift und sich dabei z.B. auf Empfehlungen aus aktuellen Leitlinien bezieht.

o Ansonsten waren die im Workshop vorgestellten Weiterentwicklungsvorschläge des IQTiG von der PatV weitgehend nachzuvollziehen - bis auf zwei Ausnahmen:

- **Fallauslösung:** bzgl. der inhaltlichen Eingrenzung der einzubeziehenden Patientinnen und Patienten sollten die vorgesehenen Diagnosen und medizinischen Maßnahmen/Prozeduren, deren ICD- bzw. OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind und damit im KIS strukturiert und einheitlich enthalten sind, überprüft werden in Hinsicht auf die Berücksichtigung von Sepsis, komplexem Schmerzsyndrom, Post-Covid

und Beatmungspflicht bei Entlassung. Der explizite Ausschluss von Demenz und Hochaltrigkeit bei der Fallauslösung wird seitens der PatV stark kritisiert. Erfahrungsgemäß sind es genau diese Patientengruppen, die – ohne bereits zuvor zugestandenem Pflegegrad und nach einer Operation mit einem möglicherweise dadurch ausgelösten Delir - nicht ohne weiteres in die bis dahin gewohnte Häuslichkeit entlassen werden können, sondern ganz besonderen Bedarf an einem komplexen Entlassmanagement haben. Das IQTiG wird deshalb gebeten, zumindest diese Patientengruppe speziell zu berücksichtigen.

- **Bewertung der Ergebnisse aus der Patientenbefragung:** Weil davon ausgegangen werden kann, dass nicht immer und ausschließlich die Prozesse und Strukturen des Entlassmanagements des entlassenden Standortes verantwortlich gemacht werden können für den gemäß Patientenbefragung defizitär erlebten Entlass-Prozess, sondern maßgeblich auch die fehlenden Strukturen und Prozesse im nachsorgenden Sektor, sollte es nach einer entsprechend vertieften Ursachenanalyse möglich sein, solche Einrichtungen - mit der entsprechenden Begründung - als „*qualitativ unauffällig*“ einzuordnen.



Unsere Zukunft. Unsere Verantwortung.

**Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
(Bündnis KJG)**

Chausseestraße 128 / 129 • 10115 Berlin
T 030 4000 588-3 • F 030 4000 588-8
kontakt@buendnis-kjg.de
www.buendnis-kjg.de

Vorstand:
Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser
Dr. med. Andreas Oberle
Dr. med. Michael Hubmann

Bündnis KJG, Chausseestraße 128 / 129, 10115 Berlin

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

[REDACTED]
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Berlin, 4. November 2024

[Per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org)

Stellungnahme des Bündnisses für Kinder- und Jugendgesundheit zum IQTIG QS-Verfahren „Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.“

[REDACTED]

Ziel des QS-Verfahrens für das Entlassmanagement ist die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang von einer Krankenhausbehandlung in eine Anschlussversorgung. Es richtet sich explizit an alle gesetzlich versicherten Patienten.

Die bisherigen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelten Verfahren berücksichtigen nicht die spezifischen Anforderungen einer qualitativen Entlassung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Am 06.12.2023 erhielt das IQTIG den Auftrag vom G-BA den bisherige Entwicklungsstand des Qualitätssicherungsverfahrens zu verbessern und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu optimieren. Der G-BA forderte eine Anpassung des komplexen Prognosemodells zu einer Fallauslösung. Das IQTIG schlägt hierzu nun eine Kriterienkombination aus Pflegegrad, hoher Pflegeaufwand, Transplantationen, Operationen, psychische Erkrankungen vor und berechnet ein Durchschnittsalter von 66,6 Jahren für die Stichprobe. Diese wird durch das IQTIG als heterogen bezüglich körperlicher und psychischer Erkrankungen sowie der Altersverteilung beschrieben.

Die o.g. Kriterien erfassen viele komplexe pädiatrische Fälle jedoch nicht. Insbesondere die sehr kleinen Frühgeborenen mit spezifischen Erkrankungen und komplexem Versorgungsbedarf sowie chronisch kranke Patienten, beispielsweise Erstmanifestation eines Diabetes mellitus Typ I, einer Epilepsie, eines Asthmas, etc. bleiben unberücksichtigt. Die Fallauslösung allein über einen hohen stationären Pflegeaufwand ist nicht ausreichend. Des Weiteren liegt bei diesen Patienten ein Pflegegrad oft erst nach der Entlassung vor und wird meist deutlich später beantragt.

Mitgliedsgesellschaften:

AKIK e.V. • BeKD e.V. • BKJPP e.V. • BV-Bunter Kreis e.V. • BVKJ e.V. • DGKCH e.V. • DGKJ e.V. • DGSPJ e.V. • GKiND e.V. • knw e.V. • VLKGD e.V.
Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG) Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR 23335 B • Steuernummer: 27/663/57691 F31
Sitz des Vereins: Berlin • Vorstand i. S. d. § 26 BGB: Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Vorsitzende), Dr. med. Andreas Oberle (Stellvertreter der Vorsitzenden), Dr. med. Michael Hubmann (Schatzmeister) • **Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18 BIC DAAEEDDDXXX

Die Anschlussversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Bedarf an Entlassmanagement unterscheidet sich deutlich von der Erwachsener. Über 99 % der 272.500 pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen werden zu Hause betreut, da es kaum stationäre Pflegeplätze und nur wenige ambulante pädiatrische Pflegedienste gibt^{1,2}. Die geplante Patientenbefragung des IQTIG erfasst lediglich die Kriterien Anschluss-therapien, Pflegedienst und Haushaltshilfe. Diese Kriterien sind jedoch für die pädiatrische Versorgung nur von begrenzter Relevanz und greifen insbesondere die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend auf. Gerade in der Pädiatrie ist nicht die Versorgung durch Haushaltshilfen von zentraler Bedeutung, sondern vielmehr der Zugang zu spezifischer Anschlussversorgung (Frühe Hilfen/Lotsendienste; Frühförderung, Anbindung an ein SPZ) und sozialmedizinische Nachsorge, die vom G-BA ausdrücklich für Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht und für Kinder mit angeborenen Herzerkrankungen empfohlen wird und zwingend einen komplexen Versorgungsbedarf als Indikation erfordert.

Somit müssen die **Indikatoren zur Überprüfung der Anschlussversorgung für die Belange der Kinder in der Patientenbefragung angepasst und pädiatrisch durch beispielsweise die Sozialmedizinische Nachsorge ergänzt** werden. Darüber hinaus ist **im Rahmen des „externen Audits“ der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) die bedarfsgerechte Verordnung der sozialmedizinischen Nachsorge als zentrales Qualitätsmerkmal** aufzunehmen.

Die ständig steigende Zahl chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erfordert ein spezifisch qualitätsgesichertes Entlassmanagement in der Pädiatrie – darauf weisen wir, wie bereits in früheren Stellungnahmen der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) und des Bundesverband Bunter Kreis e.V., hin.

Das Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit sieht das IQTIG und den G-BA in der Verantwortung, ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement in der Pädiatrie sicherzustellen und fordert: **ein eigenes, auf die pädiatrische Versorgung ausgerichtetes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für das Entlassmanagement.**

1. BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022a). Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2021 (insgesamt). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
2. > 99% zuhause betreut Schumann, Pälme & Lange, 2022

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
Vorsitzende



Dr. Andreas Oberle
stellv. Vorsitzender



Dr. Michael Hubmann
Schatzmeister

Mitgliedsgesellschaften:

AKIK e.V. • BeKD e.V. • BKJPP e.V. • BV-Bunter Kreis e.V. • BVKJ e.V. • DGKCH e.V. • DGKJ e.V. • DGSPJ e.V. • GKinD e.V. • knw e.V. • VLKGD e.V. Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG) Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR 23335 B • Steuernummer: 27/663/57691 F31
Sitz des Vereins: Berlin • Vorstand i. S. d. § 26 BGB: Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Vorsitzende), Dr. med. Andreas Oberle (Stellvertreter der Vorsitzenden), Dr. med. Michael Hubmann (Schatzmeister) • **Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18 BIC DAAEED33XXX



Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQTiG
[REDACTED]
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

**Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften**

**Deutsches Netzwerk
für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP)**

**Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Dr. h.c.
Andreas Büscher**

Caprivistraße 30a
D-49076 Osnabrück



Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

(Bitte bei Antwort angeben)
Mein Zeichen

Bearbeitet von

Osnabrück
04.11.2024

Stellungnahme DNQP im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zur „Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement“



das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) nimmt die umfangreichen Arbeiten und Bemühungen des IQTiG zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassungsmanagement im Krankenhaus erfreut zur Kenntnis und begrüßt den ausdrücklichen Bezug zum DNQP-Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019) an unterschiedlichen Stellen. Es bedankt sich für die Möglichkeit, sich mit einer Stellungnahme am Verfahren zu beteiligen und bedauert, nicht am Beteiligungsworkshop am 7./8. November 2024 teilnehmen zu können.

Die Entwicklung der unterschiedlichen Bestandteile (Audit, Indikatoren, Befragung) in Verbindung mit Anpassungen in der Fallauslösung sind grundsätzlich nachvollziehbar und die damit verbundenen Intentionen werden deutlich. Zweifel bestehen aus unserer Sicht hinsichtlich des mit der Weiterentwicklung verbundenen Aufwands und den konkreten Erwartungen hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung.

Insgesamt scheint die Komplexität des Verfahrens aus unserer Sicht zuzunehmen. Die Beauftragung sieht vor, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens möglichst zu reduzieren und insbesondere die Praktikabilität zu sichern. Durch das nun gewählte Vorgehen entsteht ein durchaus als komplex anzusehendes Verfahren. Die Betrachtung der Qualitätsaspekte des Entlassungsmanagements aus den drei unterschiedlichen Perspektiven der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, der Patient*innenbefragung und des externen QS-Audits ist zwar grundsätzlich geeignet, dem übergeordneten Ziel der Qualitätsförderung zu dienen. Allerdings ist die Durchführung des externen QS-Audits mit einem hohen Aufwand verbunden und es ist noch nicht vollständig ersichtlich, woher die Ressourcen für die Durchführung der

externen Audits kommen sollen. Das Vorgehen erinnert ein wenig an die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste oder den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung im Rahmen der externen Qualitätssicherung im SGB XI. Auch wenn dieses sicherlich eine andere Intention verfolgt und nochmals aufwändiger ist, so lassen sich aus den Erfahrungen der Qualitätsprüfungen dennoch Hinweise auf den Aufwand für ein externes QS-Audit ableiten. Der Aufwand entsteht auf Seiten der auditierenden Institution, er entsteht aber ebenso auf Seiten der auditierten Krankenhäuser, die die erforderlichen Informationen bereitstellen müssen und in denen vermutlich auch während des Audits ein oder mehrere Personen ansprechbar sein müssen, um das Audit zu begleiten oder Fragen zu beantworten. Nicht zuletzt entsteht weiterer Aufwand durch die Nachbesprechung und Prüfung der Ergebnisse des Audits. Dieser Aufwand lässt sich bereits im Vorfeld ohne umfangreiche Erhebungen oder Praktikabilitätsstudien absehen und es sollte sehr kritisch geprüft werden, ob der Aufwand den erwarteten Nutzen im Sinne einer Qualitätsverbesserung rechtfertigt.

Fragen stellen sich auch zur Geeignetheit der Patient*innenbefragung. Die vorgelegten Fragebögen sind sehr umfangreich. Zum einen ist zu fragen, ob dieser Umfang erforderlich ist und zum anderen ist unklar, ob die angesprochene Zielgruppe bereit und in der Lage ist, den Bogen insgesamt oder zumindest in den zentralen Aspekten zu beantworten.

Neben diesen Hinweisen zu den Teilaspekten externes QS-Audit und Patient*innenbefragung sehen wir eine weitere Herausforderung in der Zusammenführung und Bewertung der Ergebnisse. Dieser Aspekt scheint uns noch weitgehend ungelöst. Von Interesse ist dabei insbesondere, wie durch die einzelnen Verfahren, für sich betrachtet oder in der Gesamtheit, tatsächlich qualitätsfördernde Effekte erzielt werden können, die die Qualität des Entlassungsmanagements im Sinne einer besseren Patient*innenversorgung fördern.

Im Hinblick auf die einrichtungsbezogenen Indikatoren begrüßen wir es, dass Schulungen der am Entlassungsmanagement beteiligten Professionen als Qualitätsmerkmal wahrgenommen werden. Qualitätsfördernd wäre aus unserer Sicht allerdings auch eine aufgaben- und professionsbezogene Stärkung der Kompetenzen der jeweiligen Beteiligten nach vorheriger Feststellung von Fortbildungsbedarfen und nicht ausschließlich die Konzentration auf Schulungen zu den einrichtungsinternen Verfahrensregelungen.

Der Indikator zur Verfahrensregelung bildet alle Schritte und Teilaspekte des Entlassungsmanagements ab. Positiv sind vor allem die Betonung der Verantwortlichkeiten der am Entlassungsmanagement beteiligten Berufsgruppen und der einrichtungsinternen Evaluation.

Soweit in aller Kürze unsere Anmerkungen zum derzeitigen Verfahrensstand. Wir wünschen dem Beteiligungsworkshop einen guten Verlauf und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher,
Wissenschaftlicher Leiter
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Im Rahmen der vom G-BA beauftragten „Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement“ wurden mir Unterlagen vom IQTIG zur Verfügung gestellt, die den aktuellen Bearbeitungsstand widerspiegeln.

In meiner Stellungnahme gehe ich in meiner Funktion als Mitglied des Gesamtvorstands der DVSG auf einzelne Aspekte der umfangreichen Unterlagen ein. Zur besseren Orientierung habe ich überwiegend die tabellarische Form gewählt und schließe mit einer Literaturempfehlung, auf die ich ganz besonders hinweisen möchte.

1. Anmerkungen zum Patientenfragebogen

	Gruppen	Fragenbezeichnung	Anmerkungen
1	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus	ETERMIN GESPRBEREITSCHAFT	Subjektive Frage. – hier sollte eher nach einem Zeitfenster (z.B. 48 Stunden vor der Entlassung) vor der Entlassung gefragt werden. Ebenfalls subjektiv und ist von vielen Faktoren abhängig. Die Frage sollte sich eher auf die Frage aus dem Part „ENTVORAU“ beziehen und eruieren, ob diese Aspekte bei der Entlassung vorlagen.
2	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung	KHLEBSIT	„geklärt“ ist ein falsches Wort. Um die Versorgungssituation vor der Aufnahme zu erfassen, muss nichts geklärt, sondern erhoben werden.
3	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus	BERATUNGSOZDHILFREICH SOZDINTERESSIERT SOZDAUFMERKSAM	Worauf zielen diese Fragen ab und warum werden diese nicht für alle Berufsgruppen erhoben, welche am Entlassprozess beteiligt sind? Zudem sind diese Fragen sehr subjektiv.
5	Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation		Hier stellt sich grundsätzlich die Frage: Waren Medikamente nach der Entlassung überhaupt notwendig?

6	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung	MPSV UMGHILFSMITTEL Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Hier ist nicht besprochen, wer diese Anleitung übernehmen sollte, das wäre nach Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege jedoch die Pflege und könnte hier auch aufgeführt werden. Besser: Wurde Ihnen im Krankenhaus oder unmittelbar nach der Entlassung durch den Hilfsmittelerbringer gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?
10	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung	FRAGENGEBRAUCHT	Subjektiv gefragt „wie sie es gebraucht haben“ besser: Wurden alle Fragen vollständig geklärt?
11	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten		Extrem subjektive Fragen. Ggf. auch hier die Verknüpfung zur Frage „ENTVORAU“ ziehen
12	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten		Extrem subjektive Fragen. Ggf. auch hier die Verknüpfung zur Frage „ENTVORAU“ ziehen

2. Anhang B.1: Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ausführung	Anmerkung
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	Mitgabe eines endgültigen bzw. vorläufigen Entlassbriefs an Patientinnen und Patienten und Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an ambulant nachsorgende Leistungserbringer sowie Übermittlungszeitraum müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein.	Entlassbriefe werden nicht an Nachversorger übermittelt. Die Aufforderung steht in keiner gesetzlichen Grundlage. Die Entscheidung, wer die medizinischen Dokumente lesen darf, trifft der Patient/die Patientin. Auch die Freigabe im digitalen Kontext, trifft der Patient bzw. die Patientin ggf. juristische Vertretung. Gleiches trifft ebenfalls bei Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf die Punkte 11 und 13 zu

3. Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

	Datenfelder	Definition	Anmerkung
14	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	Definition stationäre pflegerische Versorgung: Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege	Übergangspflege gemäß § 39e SGB V ist eine Versorgung im gleichen Krankenhaus. Ein Überleitungsbogen ist hierzu nicht notwendig

		gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz.	
19	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?		Für was steht diese Frage? Im Vorfeld ist nach pflegerischem, ärztlichem Personal sowie nach Fachkräften der Sozialen Arbeit gefragt worden.
21.1	Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter].		Wir erinnern an unsere initiale Empfehlung „die am Entlassmanagement beteiligten Professionen“ - diese umfasst alle Berufsgruppen und es bedarf keiner separaten Aufspaltung an dieser Stelle. Ebenso trifft hier die Aussage von Punkt 19 zu.

4. Übersicht der Qualitätsmerkmale externes Audit

Qualitätsindikator	Anmerkungen
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarf	
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team.	
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	
Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	Informationen werden bereits mit dem Fragebogen an die Patient*innen erhoben. Dopplung
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Informationen werden bereits mit dem Fragebogen an die Patient*innen erhoben. Dopplung
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	

Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Kann mit dem Fragebogen erfasst werden
Übermittlung eines endgültigen Entlassbrief an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	Mitgabe an Patient*in ja, Übermittlung höchstes an weiterverhandelnden Arzt bzw. einweisenden Arzt
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	

5. Offene Fragen zum Leitfaden (Anhang C.5) der Dokumentenprüfung

- Als Bewertungskriterien werden häufig die Worte „adäquate“; „angemessene“ verwendet. Diese globalen Bewertungen sollten weiter operationalisiert werden.
- Warum eine Trennung der Dokumentenprüfung zwischen pflegerische stationäre Versorgung und Hospizversorgung?
- Woran wird geprüft, ob der Pflegeüberleitungsbogen dem Patienten/der Patientin mitgegeben wurde?
- Der Entlassplan ist ein multiprofessionelles Dokument, das sich im Verlaufe des Aufenthaltes mit entsprechenden Informationen durch unterschiedlichste Berufsgruppen befüllen lassen sollte, deshalb ist die Frage, wer es angelegt hat eher irrelevant.
- Die Zeitplanung der standardisierten Prozessschritte im Entlassmanagement sind in der Verfahrensanweisung geregelt und nicht Bestandteil des Entlassplans. Hier wäre eher die Prüfung einer chronologischen Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte im individuellen Einzelfall sinnvoll. Zudem sind diese durch externe Faktoren fremdbestimmt und liegen nicht allein im Verantwortungsbereich des Krankenhauses
- Medikationsplan: Die Medikation nach der Entlassung kann von der im stationären Kontext abweichen, deshalb kann sie nicht als Bewertungskriterium herangezogen werden.

6. Anhang C.7: Leitfaden zur Prozessprüfung

Gruppe	Inhalt	Korrektur
1 Assessment (Seite 79)	„der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Durchführung der Assessments und Weiterverarbeitung der Assessmentergebnisse im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält?“	Das Assessment dient zur Einschätzung der Notwendigkeit eines Entlassmanagement und muss in dieser Form nicht an die Leistungserbringer übermittelt werden. Eher die Schlussfolgerungen und die damit im Zusammenhangstehende mit dem 7 der Patient*in abgestimmte Entlassplanung ist für die nachfolgenden Leistungserbringer relevant und ihnen zu übermitteln.

7. Anhang C.8: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits

An dieser Stelle möchten ich auf die erste Stellungnahme der DVSG verweisen.

Der monoprofessionelle Expertenstandard Pflege ersetzt nicht den multiprofessionellen Standard aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen.

Die Entwicklung des Indikatorensets basiert maßgeblich auf Inhalten des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. Dieser Standard beschreibt für die Pflege die wesentlichen Grundlagen und Prozesse im Entlassmanagement. Auch wenn dieses Werk aktuell ein Alleinstellungsmerkmal für das Handlungsfeld Entlassmanagement als Expertenstandard genießt, darf im Hinblick auf die multidisziplinäre Ausrichtung des Rahmenvertrags Entlassmanagement nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um einen monoprofessionellen Standard für die Pflege handelt.

Es ist sicherzustellen, dass nicht durch eine unreflektierte Übernahme von Inhalten, z. B. zu Verfahrensregelungen in den Qualitätsindikatoren, dieser für die Pflege ausgerichtete Standard indirekt zu einem Standard für alle am Entlassmanagement beteiligten Professionen wird (Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und weitere), ohne dass entsprechende weitere professions- und disziplintypische Grundlagen berücksichtigt werden.

Aus Sicht der DVSG ist es auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells relevant, z. B. soziale Determinanten (wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, finanzielle Problemlagen, Vorliegen einer Suchterkrankung, Vorhandensein von minderjährigen Kindern, Pflege von Angehörigen) regelhaft beim Initialassessment zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass bei einer sozialen Indikation regelhaft eine Fachkraft der Sozialen Arbeit eingebunden wird. Seit 2013 gibt es das Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken der DVSG, das für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhaltet. 2022 wurde das Positionspapier vollständig überarbeitet und aktualisiert (DVSG 2022). Es ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar, dass diese Publikation im Rahmen der Literaturrecherche nicht identifiziert und berücksichtigt wurde. Ebenso unberücksichtigt blieb die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt (DVSG 2019). Dies, obwohl die Autor*innen des Vorberichts darlegen, dass sich an diesem Standardwerk rund 11% der Krankenhäuser orientieren (vgl. S. 83 des Vorberichts).

Es gibt auch weitere maßgebliche Publikationen, die für das QS-Verfahren Entlassmanagement bedeutsame Aspekte wie beispielsweise die lebensweltlich-teilhabeorientierte Ausrichtung eines sozialarbeiterischen Case Managements als mehrdimensionales Handlungskonzept für das Entlassmanagement (Lehmann, D./Petereit, J 2023) beschreiben und Vorschläge für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhaussozialdiensten (Neupert, I./Petereit, J. 2019) unterbreiten.

8. QS-Audit

- In den Einführungen zum externen Audit ist beschrieben, dass es sich um ein freiwilliges Auditverfahren handelt. Demnach stellt sich die Frage, ob Expert*innen eine Optimierungsmaßnahme mit einem expliziten Datum fordern können sowie einen verantwortlichen Funktionsträger? Alle Veränderungen im Krankenhaus unterliegen dem Krankenhaus, das hier eine verantwortliche Person festlegen muss.
- Wie viele Krankenhäuser sollen pro Jahr einem Audit unterzogen werden? Warum werden Häuser, die eine geringere Anzahl an QS-Fällen (< 50 QS-pflichtige Fälle i.H.v. 25 %) haben, nicht geprüft? Unterliegen diese nicht ebenfalls den Qualitätsvorgaben?
- Ein Nicht-Vorliegen einer Verfahrensanweisung Entlassmanagement führt zu einem Ausschluss aus dem QS Audit, obwohl gerade die Verfahrensanweisung die Grundlage eines standardisierten

Entlassmanagements bildet? Wie erfolgt diese Dokumentation? Analog der Verweigerung eines Audits?

- Es ist begrüßenswert, dass die Fachkommission aus ärztlichen und pflegerischen Vertreter*innen sowie aus einer Fachkraft der Sozialen Arbeit bestehen sollte.

9. Anhang D.1.2: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement

- Die in diesen jeweiligen QI unterteilten Leitfragen sind mit den konzipierten Fragebögen nicht beantwortbar. Insbesondere nicht, was die Frage „von wem“ angeht sowie mehrere inhaltliche Aspekte.

10. Literaturempfehlungen:

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2019): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Eigenverlag.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2022): Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. 2., vollständige und überarbeitete Auflage. Berlin: Eigenverlag.

Lehmann, D./Petereit, J. (2023): Sozialarbeiterisches Case Management im Krankenhaus. In: Müller, M./Siebert, A./Ehlers, C. (Hrsg.): Sozialarbeiterisches Case Management. Ein Lehr- und Praxisbuch. S. 137–153, Stuttgart: Kohlhammer

Neupert, I./Petereit, J. (2019): Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems eines Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. DVSG, DVSG Qualitätsmanagement. Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen (S. 8-27). Berlin: Eigenverlag.

Hamburg, 04.11.2024

Johannes Petereit
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagog (FH)
Mitglied Gesamtvorstand der DVSG

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement - Statement

Allgemeines:

Das vom IQTIG erarbeitete Konzept und die dazu bereitgestellten Unterlagen sind sehr umfangreich, daher ist mit einem komplexen Verfahren zu rechnen. Grundsätzlich ist die Einführung eines Peer-Review Verfahrens (externes Audit) zur Qualitätsverbesserung in den Kliniken zu begrüßen. Wir würden jedoch ein eigenständiges Wording unabhängig vom Begriff Audit oder Peer Review empfehlen.

Fallauslösung:

Die Kriterien der Fallauslösung stellen unter anderem geriatrische Patienten mit erhöhtem Bedarf an Entlassmanagement dar. Das könnte dazu führen, dass Kliniken, die hauptsächlich dieses Patientenkontingent versorgen, überdurchschnittlich oft geprüft werden, andere jedoch nicht. Bei der Definition der Kriterien von Patienten mit erhöhtem Entlassbedarf sollte beachtet werden, dass häufig Patienten, die in einer stationären Einrichtung wohnen, zwar ggf. laut den vorgeschlagenen Kriterien einen erhöhten Bedarf an qualifizierter Entlassplanung hätten, jedoch in der Praxis einen sehr viel geringeren Aufwand an Entlassmanagement als Patienten in der Häuslichkeit haben, da diese Patienten in der Regel in der stationären Einrichtung gut versorgt sind, bzw. die Versorgung durch die Einrichtung organisiert ist.

Alternativ zur Definition von Patienten/Patientinnenmerkmalen zur Fallauslösung könnte auch eine (ggf. gewichtete) Stichprobe über alle Pat. gezogen werden. Eine angemessene Entlassungsplanung zur Sicherung des Behandlungserfolges ist für alle stationären Patienten bedeutsam.

Qualitätsindikatoren:

Die Qualitätsindikatoren adressieren zwar wichtige Aspekte, fokussieren sich aber schwerpunktmäßig auf das Vorhandensein detaillierter formaler Regelungen und deren Einhaltung, hier sollten Spielräume geschaffen werden, die die Einhaltung auch unter kritischen Bedingungen (Personalengpässe) ermöglichen und der Fokus auf der praktischen Umsetzung liegen (keep it simple and achievable)

Patientenbefragung:

Die Fragebögen der Patientenbefragung sind sehr umfangreich und sollten 10 maximal 15 Fragen auf 1-2 Seiten nicht überschreiten, um einen guten Response erreichen zu können. Die Fragen sollten kritisch auf Konkretisierbarkeit und Nachschärfung geprüft werden, zudem sollte zu jeder Frage auch eine Antwortmöglichkeit "habe ich nicht benötigt" vorgesehen werden (im Erwachsenenfragebogen ist dies bereits überwiegend umgesetzt).

Durchführung der externen Audits / Praktikabilität

Die Unterlagen/Anleitungen für das externe Audit sollten maximal 10 Seiten lang sein und gut verständlich formuliert werden. Die Aufnahme von bürokratievermeidenden Best Practice Beispielen/Alternativlösungen durch die "Auditoren" sollte möglich sein.

Eine große Herausforderung sehen wir in der Besetzung der Fachkommissionen.

Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt. Für ein externes QS-Audit wurden in der Präsentation des IQTIG sechs Stunden ohne An- und Abreise veranschlagt. Dies bedeutet aber, dass die Experten*innen ganztägig freigestellt werden müssen. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LAGen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztägigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen. Ggf. könnte das Audit in einem zweistufigen Verfahren online und vor Ort durchgeführt werden.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org

LQMV e.V.
Zum Bahnhof 5
19055 Schwerin

E-mail: info@lqmv.de
Internet: www.lqmv.de

VR 10441, AG Schwerin
Vorstand:
Steffen Althorn
Uwe Borchmann

Bankverbindung:
APO-Bank Schwerin
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN:
DE04300606010069688960
Steuernummer 090/141/02091

Ansprechpartner:
Thomas Frahm/ Sandra Schulz

Datum: 01.11.2024

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement.

Aufgrund der umfangreichen Unterlagen und der begrenzten Zeit war eine vollumfängliche Befassung mit dem Konzept nicht möglich. Ich möchte Ihnen jedoch zu aus meiner Sicht wesentlichen Punkten eine Rückmeldung geben. Die entsprechende Stellungnahme finden Sie im Anhang.

Für weitere Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thomas Frahm'.

Thomas Frahm
Verwaltungsleiter

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Stand 01.11.2024

Fallauslösung

- Als dokumentationspflichtig gelten Standorte mit Entlassfällen, die einen umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen. Unklar im Konzept bleibt, wem die Ergebnisse des Verfahrens zugeschrieben werden. Die QS-Verfahren der DeQS-RL für den Krankenhaussektor unterscheiden derzeit in Abhängigkeit von der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse nach aufnehmendem, leistungserbringendem und entlassendem Standort. Da das Entlassmanagement, wie selbst beschrieben, in verschiedenen Fachabteilungen stattfinden kann, gilt dies ebenso für die Standorte eines Krankenhauses. Interne Verlegungen werden vor dem Hintergrund des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zunehmen, da den Standorten bestimmte Leistungsgruppen (ICD-/OPS-Kodes) zugewiesen werden, d.h. nicht jeder Standort erbringt alle Leistungen.
- Die für die Fallauslösung bestimmte Einschlusskriterien (ICD-/OPS-Kodes) berücksichtigen nicht in ausreichender Form das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Mit der Zuweisung bestimmter Leistungsgruppen einem Krankenhausstandort durch die zuständige Landesbehörde wird es zu einer Spezialisierung der Krankenhausstandorte kommen. Damit eingehend wird es auch zu einer Konzentration von besonders morbidem Patienten*innen an bestimmten Standorten kommen. Andere Standorte wiederum werden eher „leichtere“ Behandlungsfälle versorgen. Im Ergebnis gestaltet sich das Patientenkontingent zwischen den Einrichtungen sehr unterschiedlich, so dass auch der Bedarf der Patienten*innen für eine Anschlussversorgung – ein Entlassmanagement – sehr unterschiedlich sein wird. Mit der geplanten Fallauslösung würden bestimmte Krankenhausstandorte gar nicht in das QS-Verfahren Entlassmanagement bzw. andere überproportional oft einbezogen werden, obwohl alle Krankenhäuser zum Entlassmanagement verpflichtet sind (§ 39 SGB V) und dieses auch allen Patienten*innen, unabhängig vom Schwerebedarf ihrer Erkrankungen zu Teil kommen sollte. D.h., auch Krankenhäuser mit Patienten*innen, die ggf. nur einen geringen Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen, haben die entsprechenden Strukturen und Prozesse vorzuhalten.

Externes QS-Audit

- Aus Ressourcengründen wäre eine anlassbezogene Stichprobeprobe zu bevorzugen, gerade weil hier ein Zusammenspiel von externem QS-Audit mit den anderen Instrumenten (Patientenbefragung, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation) ermöglicht würde. Denkbar wäre, dass das QS-Audit als ein Instrument der Maßnahmenstufe 1, wie in der DeQS-RL vorgesehen, zur Anwendung kommt. Denn die Maßnahmenstufe 1 hat ebenso wie im Konzept zum Entlassmanagement vorgesehen, die Qualitätsförderung zum Ziel.
- Eine Zufallsstichprobe erfordert zusätzlichen Aufwand und sollte daher gut begründet sein. Eine Stichprobengröße von mindestens 10 Prozent ist derzeit mit den vorhandenen Ressourcen der Landesarbeitsgemeinschaften nicht realisierbar. Denkbar wäre hier eine Ziehung von 5 Prozent aller Krankenhausstandorte eines Bundeslandes für ein Erfassungsjahr. Damit bewegt sich die Größenordnung der Vor-Ort-Besuche auf dem Niveau der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL). Diese Stichprobenprüfungen wurden von den LAGen (ehemals LQSen) bereits bewältigt, was ein Indiz dafür sein könnte, dass eine Durchführung in diesem Umfang mit den vorhandenen

Ressourcen in den LAGen weiterhin zu schaffen sein sollte.

- Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt, da die Experten*innen ganztägig freigestellt werden müssten. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LAGen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztägigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. es werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen.¹
- Bei der Stichprobenziehung auf Fallebene sollte zusätzlich zu den Einschusskriterien des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr auch die Fachabteilungen eines Krankenhausstandortes einbezogen werden. Nur so kann ein breiter Querschnitt der Einrichtung bei der Dokumentenprüfung sichergestellt werden. Eine fachabteilungsbezogene Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit kann so besser zu reliablen Ergebnissen bei der Bewertungssystematik beitragen. Die Praxis zeigt mitunter deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilung bei der Umsetzung des Entlassmanagements.

¹ u.a.

<https://www.merkur.de/politik/mangel-an-aerzten-und-pflegekraefte-droht-zu-wachsen-zr-93033620.html>;

<https://www.bdo.de/de-de/news/2024/krankenhauser-sehen-wegen-personalmangel-fur-die-nahe-zukunft-schwarz>

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/wenige-aerzte-pflegekraefte-ehlen-100.html>

QS-Verfahren Entlassmanagement – IQTIG-Beteiligungsworkshop am 7./8.11.2024

Unterlagen vom 16. Oktober 2024

Anmerkungen KCQ, 24.10.2024

Der Bericht des IQTIG liefert zu allen Auftragsbestandteilen eine differenzierte und handlungsleitende Aufarbeitung. Die abgeleiteten Empfehlungen sind konkret und begründet, so dass sie eine sehr gute Beratungsgrundlage darstellen.

Im Folgenden wird einiger aus Sicht des KCQ dennoch bestehender Diskussions- und Erläuterungsbedarf dargestellt.

Fallbezogene QS-Auslösung

Hervorzuheben sind die ausgewogenen, differenzierten und nachvollziehbaren Abwägungen in Bezug auf die fachlich-methodische Güte einerseits und Praktikabilität und Aufwand andererseits.

Sehr hilfreich ist dabei der Abgleich mit dem ursprünglich entwickelten Prognosemodell.

Die vom IQTIG empfohlene Option 6 erscheint nachvollziehbar begründet, auch wenn eine recht hohe Zahl von ca. 1,8 Millionen ausgelösten Fällen und ca. 350.000 zu versendenden Fragebögen (Seite 20) resultiert.

Die Heterogenität der ausgelösten Fälle wird nachvollziehbar als Stärke der empfohlenen Option herausgestellt. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass nicht alle einbezogenen Fälle gleichermaßen vom Fragebogen adressiert werden (Seite 20):

„... gilt es, für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement zu beachten, dass nicht alle befragten Patientinnen und Patienten in jedem Qualitätsindikator der Patientenbefragung berücksichtigt werden – z. B. wenn ein Qualitätsindikator die Umsetzung spezifischer Weiterversorgungsmaßnahmen prüft, die jedoch nicht für alle Fälle erforderlich sind (z. B. die Information und Aufklärung zur Entlassmedikation). Über eine explizite Einschränkung der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators oder implizit über Filterfragen bzw. die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“ kann die relevante Fallzahl, je nach Qualitätsziel des Indikators, im Vergleich zur Gesamtzahl an befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zusätzlich reduziert werden“

Wie ist die „explizite Einschränkung der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators“ konkret geplant? Derzeit steht auch für Indikatoren, die solche Sachverhalte betreffen (z.B. Entlassmedikation, Einbeziehung Sozialdienst), in den Rechenregeln:

„Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.“

Einrichtungsbezogene Erfassung

Die Überführung der ehemals fallbezogenen Indikatoren (die nicht zur Patientenbefragung gehören) in eine einrichtungsbezogene Erfassung ist fachlich klar und nachvollziehbar begründet.

Nicht ganz klar erscheint, wie die Auslösung der einrichtungsbezogenen Dokumentation erfolgen soll.

Nachvollziehbar ist, dass eine Machbarkeitsprüfung für die einrichtungsbezogene Dokumentation nicht für erforderlich gehalten wird (Seite 57).

„QS-Audit“

Das Konzept des „QS-Audits“ ist sorgfältig und fachlich differenziert entwickelt. Die beiden Elemente der Dokumenten- und Prozessprüfung erscheinen passend und gut aufeinander abgestimmt.

Verwendung des Begriffs „Audit“

Problematisch erscheint zunächst die Verwendung des Begriffs „Audit“, der nicht sachgerecht eine Nähe z.B. zu Zertifizierungsaudits suggeriert. Dieser Begriff wird in der Beauftragung auch nicht verwendet.

Komplette Abgrenzung des „Audits“ von Indikatoren aus Einrichtungs- und Patientenbefragung

Es ist nicht verständlich, warum dieses Instrument vom IQTIG zwingend als eigenständig neben den Indikatoren aus der Einrichtungs- und Patientenbefragung angewendet werden soll (Auftragsverständnis, Seite 9):

„Entwicklung eines eigenständigen Instruments neben den Indikatoren der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung, welches auf die Identifikation von Verbesserungspotenzialen und der Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung ausgerichtet ist“

In der Beauftragung ist vielmehr dargestellt, dass eine Verbindung mit den Ergebnissen der Indikatoren hergestellt werden sollte:

„Darüber hinaus soll in Zusammenarbeit mit den LAGen und einem Expertengremium ein qualitatives Bewertungsverfahren konzipiert und auf seine Umsetzbarkeit hin geprüft werden.

...

Hierzu soll das IQTIG differenzierte Überlegungen für verschiedene Stichproben von Leistungserbringern erarbeiten, bspw. für Leistungserbringer, die im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation, der Patientenbefragung oder der Erhebung mit Sozialdaten (§ 299 Absatz 1a SGB V) auffällig geworden sind.“

Effizienz und Praktikabilität

Die Parallelität der beiden Konzepte (Indikatoren und „QS-Audit“) erscheint auch sachlich nicht ganz nachvollziehbar begründet.

Allein aus Effizienzgründen erscheint es sinnvoll, eine tiefgehende Analyse von Dokumenten und Prozessen bei solchen Einrichtungen durchzuführen, bei denen es konkrete Hinweise auf Verbesserungspotential (aus den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren) gibt.

Das „QS-Audit“ erfordert recht erhebliche Ressourcen sowohl bei den betroffenen Einrichtungen als auch bei den durchführenden Institutionen. Wenn eine rechnerische Auffälligkeit besteht, sollte die Wahrscheinlichkeit, dass der Einsatz dieser Ressourcen zu konkreten Verbesserungen führt, deutlich

höher sein als bei Einrichtungen, die keine solchen Auffälligkeiten aufweisen (andernfalls würden die Indikatoren ja ihren Zweck verfehlen).

Insofern erscheint es naheliegend, Auffälligkeiten bei den Indikatoren als Aufgreifkriterien zu nutzen – wie dies auch in der Beauftragung angelegt bzw. angeregt ist.

Neben diesen fachlichen- und effizienzgeleiteten Erwägungen sollte auch die Praktikabilität des empfohlenen Vorgehens auf Seite 35 diskutiert werden:

„... wird für die zufällige Auswahl von Standorten empfohlen, diejenigen Standorte auszuschließen, bei denen eine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatoren der Patientenbefragung oder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Vorjahr vorlag.

...

Eine Stichprobengröße von mindestens 10 % der Standorte wird als notwendig angesehen, so dass in einem Zeitraum von 10 Jahren im Regelfall alle Standorte einbezogen werden können.“

Derzeit ist nicht absehbar, wie viele Einrichtungen bei den Indikatoren auffällig werden. Nach den Erfahrungen mit der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI könnte dies eine erhebliche Anzahl von Einrichtungen betreffen. Auch bei den Indikatoren aus der Einrichtungsbefragung erscheint es realistisch, dass ggf. eine größere Zahl weiterer Einrichtungen auffällig wird.

Angesichts der hohen Anzahl an Einrichtungen (Seite 20: ca. 2.300) könnten die Indikatoren rechnerische Auffälligkeiten bei mehreren Hundert Einrichtungen generieren, die im Stellungnahmeverfahren zu analysieren wären. Ist es tatsächlich empfehlenswert, hierzu „on top“ noch in weiteren 10% der Einrichtungen ein alternatives QS-Instrument einzurichten?

Nicht ganz verständlich ist die Darstellung auf Seite 34:

„Das IQTIG empfiehlt für das externe QS-Audit aus den nachfolgenden Gründen keine anlassbezogene Stichprobe:

- *Das externe QS-Audit würde sich auf eine Auffälligkeit in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens beziehen, die bis zur Durchführung des externen QS-Audits bereits zwei Jahre alt ist, sodass das Bestehen eines erhöhten Verbesserungspotenzials beim Leistungserbringer nicht sichergestellt ist.*

Warum sind die Auffälligkeiten „bereits zwei Jahre alt“?

Würden aber nach dem empfohlenen Konzept (Ausschluss von Auffälligkeiten im Vorjahr) nicht die „Audits“ gerade auch in Einrichtungen durchgeführt werden, bei denen eine Auffälligkeit bereits zwei Jahre alt ist (auffälliges Krankenhaus ist im Folgejahr nicht auffällig, wird im Folge-Folgejahr dann aber in die Stichprobe für das „Audit“ gezogen)?

Konzentration auf „eigene Qualitätsmerkmale“

Diskutabel erscheint auch die Konzentration auf „eigene Qualitätsmerkmale“ für das „Audit“ (Seite 34):

„Das externe QS-Audit betrachtet eigene Qualitätsmerkmale mit den dazugehörigen Qualitätsanforderungen. Eine Auslösung für das externe QS-Audit auf Grundlage auffälliger Struktur- oder Prozessindikatoren wäre nicht nachvollziehbar, wenn im externen QS-Audit inhaltlich nicht mehr auf diese Auffälligkeiten eingegangen wird“

In der Anlage ist hierzu z.B. auf Seite 62 dargestellt, dass die Qualitätsmerkmale z.B. aus der Einrichtungsbefragung ausdrücklich ausgeschlossen werden sollen:

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	nein
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	nein
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	nein

Dies erscheint nicht ganz verständlich. Dieses Vorgehen würde ja bedeuten, dass ein „Audit“ gemacht wird, in dem ganz zentrale Anforderungen an das Entlassungsmanagement ausgeblendet werden, weil diese ja bereits bei der Einrichtungsbefragung mit „ja“ beantwortet wurden oder in der Patientenbefragung thematisiert sind.

Anders formuliert: die Indikatoren konzentrieren sich (gemäß Entwicklungsmethodik des IQTIG) auf die wichtigsten Qualitätsmerkmale – und im Audit sollen dann genau diese Merkmale „ausgeblendet“ werden?

Vor diesem Hintergrund erscheint es auch recht theoretisch, dass Merkmale wie beispielsweise „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ (Anhang Seite 62) als völlig unabhängig von den Ergebnissen der Indikatoren insbesondere aus der Patientenbefragung anzusehen sind. Auch wird in der Verfahrensregelung die Festlegung eines Zeitraums für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs festgelegt – soll dies dann bei den Aktenprüfungen keine Rolle mehr spielen?

Transparenz und Konsequenzen

Problematisch erscheint, dass Ergebnisse der „QS-Audits“ nicht veröffentlicht werden sollen, sondern dass nur die Verweigerung der Teilnahme im Qualitätsbericht der Krankenhäuser öffentlich gemacht werden soll.

Das IQTIG formuliert als Begründung für diese Empfehlung (z.B. Seite 38):

„So wird ein offener Austausch über mögliche Schwächen des Entlassmanagements mit dem Leistungserbringer begünstigt und sozial erwünschte Antworten in der Prozessprüfung und der Nachbesprechung können reduziert werden. Dies dient schließlich dazu, effektive Maßnahmen beim Leistungserbringer zu initiieren.“

oder Seite 34:

„Die Krankenhäuser sollen von der Teilnahme am externen QS-Audit für ihr Entlassmanagement profitieren, das keine Sanktionen nach sich zieht, sodass die Fokussierung auf Standorte mit auffälligen Indikatorergebnissen dem Ziel einer breiten Qualitätsförderung durch das externe QS-Audit zuwiderlaufen würde.“

Im Umkehrschluss wäre dann davon auszugehen, dass bei den Indikatoren (deren Ergebnisse veröffentlicht werden) sozial erwünschte Antworten anzunehmen sind und „effektive Maßnahmen“ durch die Einrichtungen oder eine „breite Qualitätsförderung“ nicht zu erwarten sind.

Es erscheint auch kommunikativ schwierig, ein Verfahren einzusetzen, das nach anderen Regeln „funktioniert“ als dies bislang in der DeQS-Richtlinie vorgesehen ist und dies damit zu begründen, dass eine höhere Wirksamkeit erwartet wird.

Erläutert werden sollte auch der Begriff „Sanktionen“.

Bedeutet die Formulierung, dass das Verfahren „keine Sanktionen nach sich zieht“, dass in Fällen, in denen im „Audit“ massives Verbesserungspotential erkannt wird, keine Konsequenzen resultieren, auch wenn vom Krankenhaus keine angemessenen Maßnahmen eingeleitet werden?

In der vorgestellten Form kann das „QS-Audit“ als Instrument gesehen werden, das die Grundprinzipien der DeQS-Richtlinie verlässt, sozusagen als Parallelverfahren angesehen werden kann, und keine systematische Transparenz und klare Konsequenzen gewährleistet.

Erläuterungsbedarf

Auf Seite 37 wird dargestellt:

„Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer gemäß § 18 Teil 1 DeQS-RL (jährlich zum 31.05.) enthalten ausschließlich quantitative Auswertungen, sodass für die leistungserbringerbezogenen quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits eine Gegenüberstellung zu den aggregierten Ergebnissen auf Bundesebene erfolgen kann.“

Warum erhalten die Einrichtungen erst mit Verzögerung von einem Jahr noch einmal einen Rückmeldebericht ergänzend zum Ergebnisbericht? Sind die „quantitativen Ergebnisse“ nicht bereits mit dem Ergebnisbericht übermittelt worden?

Patientenbefragung

Das IQTIG stellt zum Stellungnahmeverfahren auf Seite 47 dar:

„Mit Blick auf das gestufte Vorgehen zeichnet sich ab, dass die Kategorien U und D für die Patientenbefragung nicht gleichermaßen sinnvoll anwendbar sind. Das IQTIG empfiehlt einen plausiblen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Kategorien unter Berücksichtigung des Leitgedankens, dass sich die qualitative Beurteilung bei Indikatoren der Patientenbefragung nicht auf das Indikatorergebnis bezieht, sondern auf die Qualitätsbewertung der dahinterstehenden Versorgungsleistung.“

Diese Begründung erscheint nicht ganz schlüssig.

Was ist, wenn die Patientenbefragung eine Auffälligkeit zeigt, aber in der „Praxisanalyse“ keine echten, relevanten Verbesserungspotentiale erkannt werden?

Wäre in diesem Fall nicht eine Bewertung „Trotz des rechnerisch auffälligen Ergebnisses konnten keine relevanten Verbesserungsnotwendigkeiten / Defizite erkannt werden“ angemessen – was einer Bewertung in Kategorie „U“ rechtfertigt?

Auch wenn das Verfahren als Praxisanalyse bezeichnet wird, handelt es sich faktisch dennoch um eine qualitative Bewertung zu einem in der Patientenbefragung verwendeten Qualitätsmerkmal.

Weitere Anmerkung

Das IQTIG nimmt einen „umfassenden“ Bedarf für ein Entlassmanagement an, wenn auch nur eine einzelne Verordnung erforderlich ist (Seite 12)

„Ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement liegt gemäß der Definition des IQTIG dann vor, wenn für die Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weiterführende Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden muss (z. B. verordnete Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen)“

Der Begriff „umfassend“ erscheint nicht ganz passend. Nach der Definition des IQTIG ist als „umfassendes“ Entlassmanagement ja beispielsweise bereits die Verordnung eines Medikaments bei Entlassung anzusehen. Auch werden über diese Definition solche einfachen Erfordernisse gleichgesetzt mit hoch komplexem Bedarf beispielsweise neu aufgetretener hoher Pflegebedürftigkeit.



QBS - Geschäftsstelle der LAG Saarland - Talstraße 30 - 66119 Saarbrücken

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org

4. November 2024

Beteiligungsverfahren: Weiterentwicklung des Konzeptes und der Umsetzungsvorschläge im QS-Verfahren Entlassmanagement

Sehr geehrter Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Beteiligungsverfahren im Rahmen der Weiterentwicklung des Konzeptes und der Umsetzungsvorschläge im QS-Verfahren Entlassmanagement.

Anbei erhalten Sie die aus meiner Sicht wichtigen Aspekte, ohne dass mir aufgrund der Kürze der Frist eine vollumfängliche Stellungnahme zu allen Punkten möglich gewesen ist.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads 'Bücheler'.

Ärztin im Qualitätsbüro
Leitung der Geschäftsstelle

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Stand 01.11.2024

Fallauslösung

- Als dokumentationspflichtig gelten Standorte mit Entlassfällen, die einen umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen. Unklar im Konzept bleibt, wem die Ergebnisse des Verfahrens zugeschrieben werden. Die QS-Verfahren der DeQS-RL für den Krankenhaussektor unterscheiden derzeit in Abhängigkeit von der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse nach aufnehmendem, leistungserbringendem und entlassendem Standort. Da das Entlassmanagement, wie selbst beschrieben, in verschiedenen Fachabteilungen stattfinden kann, gilt dies ebenso für die Standorte eines Krankenhauses. Interne Verlegungen werden vor dem Hintergrund des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zunehmen, da den Standorten bestimmte Leistungsgruppen (ICD-/OPS-Kodes) zugewiesen werden, d.h. nicht jeder Standort erbringt alle Leistungen.
- Die für die Fallauslösung bestimmte Einschlusskriterien (ICD-/OPS-Kodes) berücksichtigen nicht in ausreichender Form das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Mit der Zuweisung bestimmter Leistungsgruppen einem Krankenhausstandort durch die zuständige Landesbehörde wird es zu einer Spezialisierung der Krankenhausstandorte kommen. Damit eingehend wird es auch zu einer Konzentration von besonders morbiden Patienten*innen an bestimmten Standorten kommen. Andere Standorte wiederum werden eher „leichtere“ Behandlungsfälle versorgen. Im Ergebnis gestaltet sich das Patientenklintel zwischen den Einrichtungen sehr unterschiedlich, so dass auch der Bedarf der Patienten*innen für eine Anschlussversorgung – ein Entlassmanagement – sehr unterschiedlich sein wird. Mit der geplanten Fallauslösung würden bestimmte Krankenhausstandorte gar nicht in das QS-Verfahren Entlassmanagement bzw. andere überproportional oft einbezogen werden, obwohl alle Krankenhäuser zum Entlassmanagement verpflichtet sind (§ 39 SGB V) und dieses auch allen Patienten*innen, unabhängig vom Schwerebedarf ihrer Erkrankungen zu Teil kommen sollte. D.h., auch Krankenhäuser mit Patienten*innen, die ggf. nur einen geringen Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen, haben die entsprechenden Strukturen und Prozesse vorzuhalten.

Externes QS-Audit

- Aus Ressourcengründen wäre eine anlassbezogene Stichprobeprobe zu bevorzugen, gerade weil hier ein Zusammenspiel von externem QS-Audit mit den anderen Instrumenten (Patientenbefragung, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation) ermöglicht würde. Denkbar wäre, dass das QS-Audit als ein Instrument der Maßnahmenstufe 1, wie in der DeQS-RL vorgesehen, zur Anwendung kommt. Denn die Maßnahmenstufe 1 hat ebenso wie im Konzept zum Entlassmanagement vorgesehen, die Qualitätsförderung zum Ziel.
- Eine Zufallsstichprobe erfordert zusätzlichen Aufwand und sollte daher gut begründet sein. Eine Stichprobegröße von mindestens 10 Prozent ist derzeit mit den vorhandenen Ressourcen der Landesarbeitsgemeinschaften nicht realisierbar. Denkbar wäre hier eine Ziehung von 5 Prozent aller Krankenhausstandorte eines Bundeslandes für ein Erfassungsjahr. Damit bewegt sich die Größenordnung der Vor-Ort-Besuche auf dem Niveau der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL). Diese Stichprobenprüfungen wurden von den LAGen (ehemals LQSen) bereits bewältigt, was ein Indiz dafür sein könnte, dass eine Durchführung in diesem Umfang mit den vorhandenen Ressourcen in den LAGen weiterhin zu schaffen sein sollte.

- Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt, da die Experten*innen ganztägig freigestellt werden müssten. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LAGen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztägigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. es werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen.¹
- Bei der Stichprobenziehung auf Fallebene sollte zusätzlich zu den Einschusskriterien des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr auch die Fachabteilungen eines Krankenhausstandortes einbezogen werden. Nur so kann ein breiter Querschnitt der Einrichtung bei der Dokumentenprüfung sichergestellt werden. Eine fachabteilungsbezogene Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit kann so besser zu reliablen Ergebnissen bei der Bewertungssystematik beitragen. Die Praxis zeigt mitunter deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilung bei der Umsetzung des Entlassmanagements.

¹ u.a.

<https://www.merkur.de/politik/mangel-an-aerzten-und-pflegekraefte-droht-zu-wachsen-zr-93033620.html>;

<https://www.bdo.de/de-de/news/2024/krankenhauser-sehen-wegen-personalmangel-fur-die-nahe-zukunft-schwarz>

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/wenige-aerzte-pflegekraefte-ehlen-100.html>

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org